

Remissvar angående nationell nivåstrukturering av kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och övre magmuncancer, norra sjukvårdsregionen

1. Stödjer ni det ovan beskrivna förslaget avseende antal nationella vårdenheter? Om ni ej stödjer förslaget, motivera svaret.

Norra regionen accepterar förslaget med fyra nationella vårdenheter i Sverige. Företrädare för professionen anser dock att förslaget är suboptimalt, se fråga 5 nedan.

2. Har någon av sjukvårdshuvudmännen i regionen intresse att åta sig ett nationellt vårdansvar inom området? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell vårdenhet?

Ja, Norrlands Universitetssjukhus (NUS) har intresse att åta sig detta nationella ansvar. Redan i "Nivåstruktureringsplanen för cancervården i norra regionen 2013" rekommenderas att all kurativt syftande kirurgi av esofagus- och ventrikeltcancer ska utföras vid NUS, något som är i det närmaste helt implementerat. Sjukvårdsregionen står enhälligt bakom ansökan från NUS och ingående landsting/region avser även fortsättningsvis remittera patienter till NUS.

3. Om ni inte avser att åta er ett nationellt vårdansvar inom er region, och har specifika önskemål om vilka vårdgivare som bör ha ett sådant ansvar, ange dessa och motivera svaret.

-

4. Om ni vill ta ett nationellt vårdansvar ska ansökan enligt bilagd mall inlämnas samtidigt med remissvaret, bilaga 2. En ansökan krävs för varje område med undantag för sarkom där ansökan kan omfatta bägge grupperna eller endera. Det behöver tydligt formuleras i ansökan om ansökan avser båda grupperna eller enbart en grupp.

Se ansökan från Västerbottens läns landsting.

5. Vilka konsekvenser blir det för huvudmännens vårdverksamheter i sjukvårdsregionen om det nationella vårduppdraget läggs inom en annan sjukvårdsregion?

Norra regionen har en särställning i Sverige genom sina geografiska förutsättningar. De konsekvenser som här redovisas gäller mer eller mindre för samtliga svenska regioner i allmänhet, men för norra regionen i synnerhet. De stora avstånden i norra regionen gör att här redovisade konsekvenserna blir mer uttalade för befolkningen, och i vissa fall riskerar detta att påverka patientsäkerheten. I norra regionen riskeras det även att motverka vissa av syftena med det standardiserade vårdförlopp (SVF) som för närvarande införs för matstrups- och magsäckscancer, att 1) förkorta väntetiderna, 2) minska de regionala skillnaderna, och 3) skapa en mer jämlik vård med ökad kvalitet och mer nöjda patienter.

Esofagus- och ventrikelcancer skiljer sig från peniscancer, som redan har nivåstrukturerats nationellt. Den diagnosen kan ses som en relativt isolerad förekomst, med begränsad påverkan på sjukvården i övrigt. Handläggningen av esofagus- och ventrikelcancer är däremot intimt förknippat med övrig sjukvård, både den elektiva och den akuta, och förändringar avseende handläggningen av dessa cancerformer riskerar därför att få stora konsekvenser även för vården i övrigt.

Idag bedriver NUS en uttalad subspecialiserad vård, med i princip bara stor, avancerad, onkologisk kirurgi. Den elektiva benigna ventrikel- eller esofaguskirurgin, som främst handlar om obesitaskirurgi och antirefluxkirurgi, är i norra regionen regionalt och lokalt nivåstrukturerad till läns- och länsdelssjukhus och utförs på flera sjukhus. Dessa ingrepp är mycket standardiserade och ger inte samma breda organkompetens som den onkologiska kirurgin. Hela organkompetensen avseende esofagus och ventrikel på NUS upprätthålls av de medarbetare som har esofagus- och ventrikelcancerkirurgi som sitt specialområde. Om komplikationer till den benigna kirurgin som utförs i regionen uppstår är NUS den naturliga kontakten för remittering. Detta gäller även vid tillstånd som kräver ventrikel- eller esofaguskirurgi, och som ligger utanför den benigna rutinkirurgin. Vissa akuta ingrepp utförs p.g.a. magsår på flera sjukhus i norra regionen, men de svårare fallen skickas till NUS, ibland efter att man gjort ett första försök på hemsjukhuset. Regionen har ett mycket gott samarbete över landstingsgränserna, med väletablerade kontaktvägar och en välfungerande regional MDK som bas, och den organspecifika kompetens som finns vid NUS är resurs för hela regionen.

Om beslut fattas att ventrikel- och esofagus- och ventrikelcancerkirurgi inte längre ska utföras i norra regionen är risken stor att detta skulle medföra att mycket av organkompetensen inom dessa områden går förlorad. Detta skulle inte bara ha betydelse för dessa specifika canceringrepp utan även påverka ett stort antal patienter i hela norra regionen:

- Exempel på patientgrupper som sannolikt skulle få en sämre vård är komplikationer till annan kirurgi, trauma som involverar övre bukhålan, blödande magsår, brustna magsår, Boerhaave (spontan esofagusperforation), samt inklämda bräck på övre magmunnen. Det finns välfungerande transportrutiner inom regionen, med ambulans-, helikopter- och flygtransporter beroende på patientens tillstånd och transportavstånd.
- De medarbetare som har avancerad esofagus- och ventrikelcancerkirurgi som sitt specialområde är många gånger samma personer som sköter palliativa kirurgiska åtgärder som exempelvis stentbehandling. Om primär kirurgi av esofagus- och ventrikelcancer flyttas riskerar palliativ kirurgi av esofagus- och ventrikelcancer att påverkas negativt.
- Handläggningen av esofagus-ventrikelcancer är uttalade team-verksamheter, som kräver stor kompetens inom ett stort antal specialiteter, såsom onkologi, radiologi, anestesi, patologi, etc. Flyttas esofagus- och ventrikelcancerkirurgin från NUS blir det svårare för medarbetare inom dessa områden att få tillgång till det nära teamarbete och det patientunderlag som förutsätts för att kunna upprätthålla klinisk och vetenskaplig kompetens. Risken finns då att även dessa specialiteter drabbas av en kompetensförlust, om medarbetare söker sig till andra regioner. För den enskilda patienten finns risker med att bryta upp detta teamarbete. Behandlingen av dessa patient-

grupper behöver ofta justeras p.g.a. olika omständigheter, och ett nära samarbete är ofta avgörande för att slutresultatet ska bli optimalt.

Matstrups- och övre magmuncancer har mycket gemensamt med ventrikelcancer och handläggs oftast av samma team. Professionen i regionen anser därför att det vore mer optimalt att utreda nationell nivåstrukturering av dessa cancerformer gemensamt. För närvarande pågår ett arbete kring en eventuell nationell nivåstrukturering av ventrikelcancer. I detta arbete har 3 av 6 representanter i sakkunniggruppen framfört åsikten att esofagus- och ventrikelcancer bör bedömas gemensamt, och att denna kirurgi bör utföras i varje sjukvårdsregion. Med ett sådant beslut finns förutsättningar till en mer sammanhållen vårdkedja genom redan upparbetade samarbetsrutiner och riskerna med att bryta upp välfungerande vårdkedjor minskar. Samarbete och samsyn mellan enheter, förekomst av fungerande MDK, register och teamarbete utgör grunden för god kvalitet. Svensk sjukvård håller god internationell klass avseende kirurgi av esofagus-ventrikelcancer och data från NREV (Nationella kvalitetsregistret för esofagus- och ventrikelcancer) visar inte på någon säker kvalitetskillnad mellan de sju universitetssjukhusen.

Professionen lyfter att vissa specifika undergrupper kan centreras nationellt, när det gäller esofaguskirurgi framför allt colonsubstitut och cervikala cancrar.

6. Hur avser ni att hålla ihop patientens vårdprocess om ni har det nationella vårdansvaret? Och hur avser ni att hålla ihop processen om ni inte har det ansvaret i er region?

Se ansökan avseende nationellt vårdansvar. Vårdprocessen hålls samman via nationell MDK och inom ramen för standardiserat vårdförlopp. För närvarande pågår ett intensivt arbete med att optimera vårdprocessen, både i norra regionen, och i landet i övrigt.

7. Vilka praktiska konsekvenser för patienter och närstående ser ni av en nationell koncentration av den aktuella vårdinsatsen?

För patienter med esofaguscancer:

- Eventuellt förbättrad kvalitet av kirurgin
- Längre resväg
- Försvårad kontakt med anhöriga, p.g.a. längre avstånd
- Dyrare resor för anhöriga
- Risk för sämre diagnostik och palliation i de delar av Sverige som tappar verksamheten

För övriga patientgrupper:

Risk för försämrade akutsjukvård (Se konsekvensbeskrivning)